Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

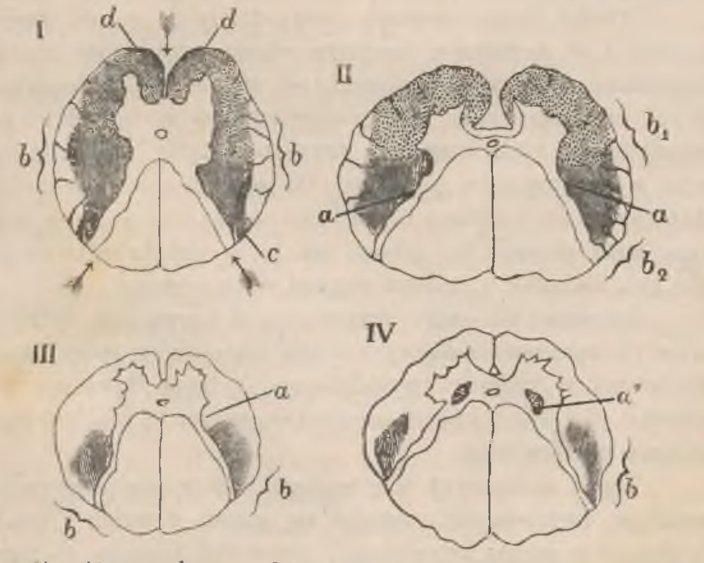
Kraków, 18 października 1879. № 42. Rok XVIII.

I. Przypadek amyotroficznego porażenia opuszkowego ze zwyrodnieniem dróg piramidalnych.

Skreślił Dr. A. Adamkiewicz,
Docent prywatny Uniwersytetu i starszy lekarz szpitala Charité w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

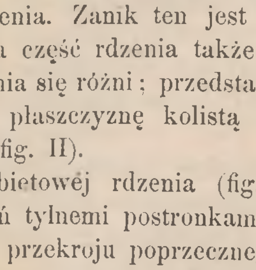
Dlatego też kanał środkowy, w prawidłowym rdzeniu przez środek poprzecznego przecięcia przebiegający, na naszych preparatach jest znacznie ku przodowi wysunięty. W całéj części szyjnéj i piersiowéj rdzenia (fig. I, II, III, IV) zbliżony jest ku przedniemu tegoż brzegowi, prawie



więcéj niż o połowę oddalenia swego od tylnego brzegu rdzenia. Z nim też i cała istota szara wypchniętą jest ku przodowi dosięgając swemi przedniemi rogami, szczególniéj w górnéj części szyjnéj, prawie samego brzegu istoty białéj. Wyobraźmy sobie poprzeczne przecięcie górnéj szyjnéj części rdzenia podzielone na 3 części linijami od kanału środkowego wychodzącemi w ten sposób, że jedna z nich z przecięciem poprzecznem przedniéj bruzdki podłużnéj się schodzi, a dwie drugie w kierunku przebiegu tylnych rogów biegną (jak wskazują strzałki na fig. I), otrzymamy wtedy podział przecięcia na trzy równe pola: z tych same postronki tylne będą zajmować całe jedno pole, zatém 3cią część płaszczyzny całego przekroju poprzecznego. W zgrubieniu szyjném rdzenia (fig. II) przestrzeń przez nie zajmowana jest jeszcze większą; przecięcie poprzeczne jednego postronka tylnego równa się tutaj obszarowi zajmowanemu przez resztę istoty białéj i szaréj jednéj połowy rdzenia pacierzowego: na oba postronki tylne zatém razem wzięte przypada więcéj niż połowa przekroju poprzecznego rdzenia pacierzowego.

Rażący ten niestosunek, jak się późniéj dowiemy, należy odnieść do znaczego zaniku bocznych postronków w szyjném zgrubieniu rdzenia. Zanik ten jest również przyczyną, że w mowie będąca część rdzenia także i co do kształtu od prawidłowego rdzenia się różni; przedstawia bowiem na przekroju poprzecznym płaszczyznę kolistą zamiast zwykłéj poprzecznie owalnéj (fig. II).

W części grzbietowéj rdzenia (fig. III) uszczupla się stopniowo przestrzeń tylnemi postronkami zajęta do trzeciéj części płaszczyzny przekroju poprzecznego; ztąd ku dołowi znów wzrasta tak, iż na granicy części grzbietowéj i lędźwiowéj rdzenia (fig. IV) jeszcze wybitniéj niż w zgrubieniu szyjném większą połowę płaszczyzny przekroju zajmuje. Niżéj w części lędźwiowéj (fig. V) rozmiary przekroju poprzecznego postronków tylnych znowu maleją, zbliżając się do rozmiarów prawidłowych, ztąd też kanał środkowy więcéj się zbliża do środka geometrycznego, istota zaś postronków przednich wciska się ku tyłowi, niedosięgając jednak już nigdzie prawidłowéj objętości. To samo zdaje się dotyczy i postronków bocznych rdzenia lędźwiowego, o ile to z porównania przekroju rdzenia zdrowego w téj saméj wysokości uskuteczniongo ocenić można; na obu bowiem preparatach tylko oba postronki tylne mają równe sobie objętości, prze-



dnie zaś i boczne chorego rdzenia w części lędźwiowéj o wiele są szczuplejszemi niż w rdzeniu zdrowym. Przy badaniu drobnowidowém tylnych postronków rdzenia pacierzowego nie wykryłem żadnych zmian chorobowych w utkaniu tychże. Wydawało mi się wprawdzie, iż podścielisko łączno-tkankowe wśród pierwocin nerwowych było nieco bujniéj rozwinięte, niż w przekrojach pochodzących z rdzenia prawidłowego, które równocześnie dla porównania uskuteczniałem, jednak nie czułem się uprawnionym uważać tę nieco znaczniejszą obfitość neurolii za coś chorobowego. Włókna nerwowe okazały się na przekrojach w różnéj wysokości rdzenia wykonywanych wszędzie zupełnie prawidłowe; podścielisko łączno-tkankowe również nie przedstawiało nigdzie zmian chorobowych.

Zważywszy tedy, że postronki tylne części szyjnéj i piersiowéj rdzenia, mimo zupełnie prawidłowego utkania przecież bardzo znacznie przewyższają co do objętości postronki tylne w rdzeniu lędźwiowym, i że dopiero od rdzenia lędźwiowego począwszy do prawidłowéj wielkości się zbliżają, musimy chyba przyjść do wniosku, że mamy przed sobą przypadek prawdziwego rozrostu postronków tylnych w części szyjnéj i piersiowéj rdzenia.

Pomimo tego rozrostu postronków tylnych obwód całego przecięcia poprzecznego w części szyjnéj i piersiowéj rdzenia nie był nigdzie powiększony, nawet w zgrubieniu szyjném rdzenia pomniejszony. Ztąd wynika, że w części rdzenia szyjnéj i piersiowéj reszta przekroju po odjęciu przestrzeni zajmowanéj przez tylne postronki, musi być siedzibą innych wprost przeciwnych zmian prowadzących do zmniejszenia objętości.

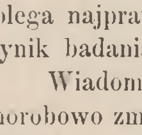
Wspomniałem już powyżéj, że to zmniejszenie objętości polega najprawdopodobniéj na zaniku pierwocin nerwowych; wynik badania drobnowidowego najlepiéj to wykaże:

Wiadomo, że pochewki rdzenne *(neurilemma)* nerwów chorobowo zmienionych barwią się karminem, któréj własności zdrowe nie posiadają; wiemy też, że pochewki rdzenne takich nerwów w końcu zanikają przeistaczając się w tkankę łączną, którą tak po budowie jak i własności łatwego barwienia się karminem nietrudno rozpoznać.

Okazy drobnowidowe z rdzenia naszéj choréj karminem zabarwione, przedstawiają rzeczywiście znaczny zanik włókien nerwowych na obszarze przednich i bocznych postronków, i odpowiednio temu dosyć znaczny przerost i rozrost tkanki łącznéj. Rozległość i kształt zabarwienia karminem zgadza się zupełnie ze stopniem przerostu tkanki łącznéj.

Z tych okazów dowiadujemy się również, że zwyrodnienie zajmuje dwa co do wielkości i kształtu bezwzględnie równe pola, dokładnie symetrycznie rozłożone w obu połowach rdzenia na przestrzeni postronków przednich i bocznych (fig. I do V), daléj przekonywamy się, że zwyrodnienie to aż do stożka rdzeniowego *(Conus medullaris)* dochodzi, (fig. VI) zmniejszając swą objętość w miarę zbliżania się do tegoż. Ta bezwzględna umiarowość wykazać się daje w całym przebiegu zwyrodnienia i ona właśnie nadaje całemu obrazowi zwyrodnienia właściwą cechę, którą też Charcot *(Leçons sur les maladies du système nerveux. Paris 1872*, str. 229.) oznaczeniem tej choroby: *„Sclérose latérale symmétrique“* nie bez podstawy uwydatnił.

VI



W części szyjnéj rdzenia, gdzie zwyrodnienie największy obszar zajmuje (fig. I i III), można na téj przestrzeni wedle stopnia zaniku rozróżnić dwa dokładnie odosobnione wycinki. Pierwszy więcéj zwyrodniały znajduje się w tylnéj części bocznych postronków, drugi mniéj zwyrodniony zaś w postronkach przednich i w części przedniéj postronków bocznych. Tylko wązki rąbek postronków przednich w górnéj szyjnéj części rdzenia wyraźniéj się uwydatnia od reszty przednich postronków mniéj zmienionych, silniejszem zwyrodnieniem, równorzędnem zmianie chorobowéj postronków bocznych tylnych.

Przecięcie poprzeczne znaczniéj zwyrodniałéj części w postronkach bocznych tylnych ma kształt prawie regularnie trójkątny, który wzdłuż całéj długości rdzenia zachowuje. Mniéj chorobowo zajęta część ma na przecięciu rozlane kontury, dochodzi tylko do rdzenia piersiowego, rozprzestrzeniając się na pozostałéj reszcie postronków bocznych i na wiązkach postronkowych przednich Flechsiga, także pasem zasadniczym *(Zones radiculaires)* przez Charcota nazwanych.

Przestrzeń zajmowana przez pierwszy z wyżéj wymienionych obszarów zwyrodniałych, mająca w całości kształt stożka wierzchołkiem ku dołowi zwróconego, przytyka w górnéj części szyjnéj rdzenia swym najdłuższym bokiem bezpośrednio do całego zewnętrznego brzegu tylnego rogu odpowiedniéj strony (fig. I).

Nieco niżéj w zgrubieniu szyjném rdzenia widać owalne luki wypełnione podłużnemi wiązkami utrzymanych jeszcze włókien nerwowych, wciskające się między rogi tylne a części zwyrodniałe. (Boczna warstwa graniczna szaréj istoty Flechsiga *Ueber System-Erkrankungen im Rueckenmark.* Zeszyt I, tabl. IX, fig. I i II i tabl. X. G i pr.) Ku dołowi powiększa się ilość tych włókien, zrazu w kierunku ku trzonowi szaréj istoty (fig. III), następnie zaś w kierunku ku istocie galaretowatéj *(Substantia gelatinosa)* rogów tylnych, gdzie takowe tworzą warstwę oddzielającą dokładnie dział zwyrodniony od tylnych rogów w dolnéj części piersiowéj i całéj części lędźwiowéj rdzenia (fig. IV i V). Przedział ten ginie dopiero w stożku rdzeniowym *(Conus medullaris)* (fig. VI).

Przedni brzeg znacznie zwyrodniały w górnéj części szyjnéj i w zgrubieniu szyjném rdzenia wyraźniéj można rozpoznać okiem nieuzbrojoném, niż za pomocą drobnowidu. Brzeg ten odpowiada linii pociągniętéj w myśli od trzona szaréj istoty na zewnątrz, a przepoławiającéj postronki boczne w płaszczyźnie pionowéj. Od rdzenia piersiowego jednak ku dołowi zwraca się ta linija swym zewnętrznym końcem coraz skośniéj ku tyłowi, tak że w rdzeniu lędźwiowym dosięga kierunku z tylnemi rogami równoległego.

Zupełnie tak samo przebiegają w zgrubieniu lędźwiowém *(Lendenanschwellung)* i stożku rdzeniowym pasma tkanki łącznéj w miejscu zwyrodnionego tylnego bocznego postronka (fig. VI) i kończą się dopiero na wolnym brzegu rdzenia pacierzowego.

Trzeci zewnętrzny bok trójkąta, odpowiadającego części znacznie zwyrodniałéj, schodzi się zatém również z tymże brzegiem w części lędźwiowéj i krzyżowéj rdzenia. Począwszy jednak od dolnéj części piersiowéj wsuwa się między oba, tj. między bok zewnętrzny powierzchni trójkątnéj a brzeg przedni rdzenia, pasmo prawidłowéj tkanki nerwowéj (fig. IV *b*), która ku górze wzrasta (fig. III *b*), w zgrubieniu szyjném zwyrodnioną tkaninę na dwie części dzieli (fig. II b_1 i b_2) a kończy się w górnéj części rdzenia szyjnego

w kształcie wielkiego pola cliptycznego (fig. I b_1). To pole prawidłową tkanką zajęte nie dosięga z tyłu w zupełności szarych rogów tylnych, jak to ma miejsce o wiele niżéj pod zgrubieniem szyjném, lecz oddzielone jest od rogów tylnych w okolicy istoty galaretowatéj jeszcze dosyć szerokim paskiem zwyrodnionéj tkanki (fig. I *c.*). Ku przodowi rozpościera się to pole tkanki nienaruszonéj po obszarze reszty bocznych postronków.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Wyczekiwanie jako sposób leczenia kiły.

Napisal Dr. Ž. Krówczyński we Lwowie.

(Ciąg dalszy i Dokończenie. Patrz Nr. 41.)

Zasadą, na któréj się zwolennicy wyczekiwania opierają, jest doświadczenie kliniczne, które poucza, że bieg kiły bywa bardzo rozmaity. Niekiedy objawy ogólne kiły, mimo że nie używano żadnych środków przeciwkiłowych, bywają tak słabe, że bez leczenia szybko, a nawet na zawsze ustępują, czasem zaś objawy choroby ciągle się potęgują i stają się bardzo groźnemi. Diday na téj podstawie podzielił kiłę, jak poprzednio wspomniałem, na ustępującą i potęgującą się, a zwolennicy leczenia wyczekującego żądają słusznie na pozór, aby unikano ogólnego leczenia w kile słabnącéj. Żądanie to jest dlatego tylko pozornie słuszne, bo nigdy przepowiedzieć nie można, czy objawy ogólne kiły będą groźne, lub też słabe. Wprawdzie czasem się zdarza, że po słabych objawach pierwotnéj kiły bywają również lekkie i niegroźne zmiany kiły następowéj, ale taki stosunek nie jest prawidłem. Niektórzy autorowie podawali nawet znamiona słabnącéj kiły i twierdzili, że ona wówczas występuje, gdy pierwotny objaw kiły pochodzi z objawów kiły wczesnéj i okazuje się w postaci powierzchownego nadżerka, lekko u podstawy nacieklego, gdy następowe objawy ogólnego zakażenia są dobrotliwe, a postać nawrotów chorobowych łagodna, wreszcie, gdy nawroty nie szybko po sobie następują. Przeciwnie należy się spodziewać kiły o groźnych objawach, gdy pierwotny objaw kiły pochodzi z szankra twardego, mocno wrzodzieje i tworzy znaczne stwardnienie, gdy wreszcie wysypki są wilgotne czyli wrzodzące, a nawroty chorobowe w krótkich odstępach czasu się okazują. Nie podobna zaprzeczyć, że w wyjątkowych razach jest możliwą przepowiednia co do przebiegu kiły, ale najczęściéj wyszczególnione znamiona zawodzą, a przepowiednia na nich oparta byłaby nieprawdziwą. Na poparcie tego możnaby przytoczyć wiele szczegółowo obserwowanych przypadków, z których bardzo pouczający, jaki sam spostrzegałem, opowiem.

N. N. lat 21, dobrze zbudowany i odżywiony, pochodzi z rodziny, w któréj zołzy są prawdopodobnie dziedziczne. Pacyjent bez objawów widocznego zakażenia zołzowego zawsze zdrów, spółkował w r. 1878 w styczniu, a mianowicie w drugiéj połowie t. m. 10/2 zgłosił się do mnie z bardzo powierzchownym nadżerkiem na wewnętrznéj powierzchni napletka po stronie prawéj prącia. Gruczoły pachwinowe nie były wcale zajęte, a rozpoznanie jakości nadżerka niemożliwe; wypytując się szczegółowo o powstanie owrzodzenia dowiedziałem się, że zbadanie źródła choroby jest możliwém; konfrontacyja przekonała mnie, że źródłem owrzodzenia pacyjenta były szyszkowiny płaskie, znajdujące się na wewnętrznéj powierzchni warg mniejszych. Powierzchowny nadżerek, który miałem prawo uważać odtąd za pierwotny objaw kiły, bardzo zachęcał mnie do wycięcia, które jak wiadomo często obecnie jest używane. Przy pomocy kol. Dra K. wyciąłem 13/2 owrzodzenie, a rana powstała przez wycięcie zagoiła się przez zrost *(prima intentio)* zostawiając zaledwie ślad linearny; o zajęciu gruczołów pachwinowych nie było mowy. Drugi tydzień po wycięciu dobiegał do kresu, gdy chory zapytał mnie się, czego ma się spodziewać. Opierając się na braku wszelkiego stwardnienia w miejscu pierwotnego a wyciętego objawu kiły i na niezajęciu gruczołów pachwinowych, a wreszcie na zródle, z którego jad pochodził, rokowałem bardzo pomyślnie. Niestety nie długo potrzebowałem czekać, aby przekonać się o wielkiéj pomyłce. Przywołany 7/4 znalazłem szyszkowinę płaską wielkości soczewicy, mało wyniosłą nad powierzchnię skóry przedniéj części moszen. I teraz jeszcze nie były gruczoły nigdzie zajęte; jedyna szyszkowina zdawała się potwierdzać moje rokowanie; dalszy jednak przebieg zupełnie zawiódł moje oczekiwania. Już bowiem 16/4 spostrzegłem na ciele wysypkę grudkową bardzo obfitą, która w kilku dniach przeobraziła się na trądzik, a obok tego guz bolesny nie ściśle ograniczony w mięśniach *fasc. popl. sinist.* i obrzęk rozlany na siodmém żebrze po prawéj stronie klatki piersiowéj. Energiczne leczenie ogólne, a mianowicie wcierania, nie umniejszyły ani cierpień chorego, który chodzić i leżeć nie mógł, ani nie usuwały objawów skórnych; przeciwnie trądzik był wybitniejszym przez to, że około niego powstawały nacieki żywo czerwonego koloru, a równocześnie z naciekami owrzodzenie się rozszerzało tak, że w miejscu trądzika były powierzchowne wprawdzie, ale rozległe wrzody, po których bardzo widoczne blizny dotąd istnieją. Odwoławszy pierwotne rokowanie wysłałem chorego po uskutecznionych wcieraniach do Iwonicza, gdzie kol. D. daléj pacyjenta obserwował. Otóż dalszy przebieg był o wiele łagodniejszy, a po powrocie zdawał się być nawet bardzo łagodnym. Owrzodzenia migdałków i błony śluzowéj, pokrywającéj tylne otwory nosowe, wytworzyły się w dalszym biegu choroby i zmusiły mnie do polecenia używania rtęci obok miejscowego leczenia. Objawy powyższe wystąpiły już z początku tego roku, a po kilkumiesięcznéj przerwie znowu potrzebował pacyjent rady lekarskiéj z powodu wytworzonego kilaka *(gumma)* na tylnéj ścianie gardła.

Rozbiór tego przypadku chorobowego wykazuje, że oparcie rokowania na jakości pierwotnego objawu było zwodnicze, a więc że przepowiednia co do dalszego biegu kiły była nieprawdziwą. Że nie można stanowczo przewidzieć, jaki będzie dalszy przebieg kiły, wykażę na drugim przypadku, który w krótkości przytoczę, a który z wielu względów jest pouczającym.

B. wysokiego wzrostu, ciałotworu suchotniczego, pochodzi z rodziny, w któréj zdaje się być dziedziczną choroba płuc. Ojciec zmarł na jakąś chorobę płucną. Miernie odżywiony, o cerze bladéj, kaszle szczególniej z rana i wieczorem. Badanie płuc wykazuje zajęcie kataralne płuca prawego aż do drugiego żebra. Nad szczytem lewym płuca wypuk nieco krótszy; rzężenia bardzo liczne w płucu prawém, wydech zaostrzony w lewém. W 3 — 4 tygodnie po spółkowaniu wytworzył się wrzód w rowku żołędziowym bardzo rozległy, bo zajmujący nie tylko w wielkiéj części żołądź, ale prawie całą wewnętrzną powierzchnię napletka począwszy od więzadełek aż do naczyń na grzbiecie prącia ułożonych

z prawéj mianowicie strony. Stwardnienie było bardzo znaczne, obrzęk gruczołów pachwinowych z obu stron wielki. W dalszym przebiegu stwardnienie jeszcze się powiększyło, gruczoły również były powiększone; tworzyły obrzęk w obu pachwinach wielkości małéj pięści. Po tych objawach można się było spodziewać niewątpliwie bardzo groźnych następstw kiły, a przypuszczenie to było tém bardziéj usprawiedliwioném, że chory równocześnie cierpiał na chorobę płucną. Rokowanie, jakie w tym przypadku wygłosiłem rodzinie chorego, znowu bardzo mnie zawiodło. Chorego obserwowałem przez 9 miesięcy i w tym okresie najmniejszych zmian nie znalazłem, któreby do następstw skazy kiłowéj odnieść można; tymczasem zmiany w płucach dość raźnie postępowały i w 9 miesiącu miał chory bardzo znaczny krwotok płucny, po którym odjechał do rodziny. I w tym przypadku stwierdziłem, że pacyjent zaraził się od choréj, która wówczas na oddziale prym. Dra Chądzyńskiego leżała z powodu wrzodu twardego w wejściu do pochwy i szyszkowin płaskich na wargach sromnych. Ma się rozumieć, że zachowałem się biernie w obec kiły, któréj pierwotny objaw jakoteż gruczoły w pierwszéj chwili bardzo się powiększały. Do wyczekującego leczenia zmuszał mnie chorobowy stan płuc i zajęcie przewodu pokarmowego, objawiające się częstemi biegunkami; oprócz dyjetetycznego zachowania zaleciłem z początku lekki rozczyn azotanu srebra, a potém przylepiec rtęciowy tak na stwardnienie jakoteż na gruczoły pachwinowe. Leczenie to zupełnie wystarczyło, stwardnienie i obrzęk gruczołów malały widocznie, w piątym miesiącu nie było ani śladu stwardnienia, a gruczoły pachwinowe bardzo lekko powiększone, ale w tak niskim stopniu, że niepodobnaby było bez anamnezy przypuszczać, że chory cierpiał na pierwotny objaw kiły. Oba przypadki chorobowe, które przytoczyłem wskazują, że ani konfrontacyja, ani jakość pierwotnego objawu kiły nie dają podstawy do wyrokowania o dalszym przebiegu tejże, który może być bardzo łagodnym, chociaż pierwotne objawy są groźne i odwrotnie. Zważywszy trudność konfrontacyi, ktora poucza o źródle z jednéj strony, a niemożebność opierania się na jakości objawu pierwotnego kiły z drugiéj strony, pierwsze znamiona, które o jakości kiły wyrokować mają, tracą wiele na przypisywanéj im wartości. Tak samo wiemy z doświadczenia, że po najłagodniejszych objawach kiły następowéj nawroty chorobowe mogą być bardzo groźne i sam kilkakrotnie spostrzegałem, że po bardzo łagodnéj wysypce plamistéj, a wyczekującém leczeniu występowały bardzo groźne objawy kiły. To samo tyczy się i nawrotów chorobowych, które mimo częstego powtarzania się i w krótkich odstępach mogą być jużto łagodne, już też to złośliwe. To dowodzi, że z objawow istniejących o dalszym przebiegu rokować nie można, a gdy tak jest, wyczekujące leczenie traci po części podstawę, a właściwie tracimy wskazówkę, czy leczenie wyczekujące jest stosowne. Rozmaity przebieg kiły zależy przedewszystkiém od warunków, w jakich chory się znajduje, a z tych najważniejszym jest konstytucyja zakażonego, ocenienie zaś jakości jéj jest bardzo trudném. Najczęściéj brak wszelkich przedmiotowych objawów jest przyczyną, że pozornie zdrowych poczytujemy jako zdrowych i odwrotnie, a często tylko wady organizmu rodzicielskiego są jedyną wskazówką odziedziczonych, a wcale nieuwidoczniających się cierpień. Jeślibyśmy w każdym przypadku chorobowym znajdowali pewne znaki konstytucyi chorobliwéj, wówczas z przepowiednią na nich opartą, rokowanie mogłoby i musiałoby być prawdziwém, a w każdym razie o wiele stosowniejszém jest opierać sąd na przyczynie niż na skutkach. Znamiona bowiem podane dla obu rodzajów kiły zawisły od konstytucyi zakażonego i one są skutkiem, podczas gdy konstytucyja jest przyczyną tak łagodnego, jak groźnego przebiegu choroby. Ponieważ łagodne postacie zakażenia oprócz sprzyjającéj konstytucyi wymagają, aby leczony przez wyczekiwanie w korzystnych warunkach się znajdował, niekorzystne bowiem warunki mogą zmienić kiłę łagodną na złośliwą, przeto i tu napotykamy trudności, które nie zawsze możemy usunąć.

Poznawszy, od czego zawisł przebieg choroby, zapytajmy się, w jaki sposób leczenie następuje przy sposobie wyczekującym. Chory nie przyjmuje żadnych lekarstw, a miejscowe leczenie, chociażby najstaranniejsze, nie może wywierać korzystnego wpływu na ogólne zakażenie. Przy biernem zachowaniu się lekarza, przy braku środków leczniczych ze świata otaczającego, musimy siły leczniczéj szukać wewnątrz organizmu. Tu znajdujemy pewne czynności, zwane fizyjologicznemi, którym organizm istnienie, życie i rozwój zawdzięcza; wiemy, że one ciągłą pracą zmieniają organizm i im przypisujemy przez tę właśnie pracę wyleczenie z wielu chorób, przy leczeniu których biernie się zachowujemy. Niewątpliwie w wyleczeniu kiły przy wyczekiwaniu należy się wyłączna zasługa czynnościom fizyjologicznym i one są jedynym czynnikiem leczniczym. Czynności zaś fizyjologiczne organizmu zawisły od jakości organizmu i warunków, wśród których ostatni zostaje, a co ogólném mianem konstytucyi obejmujemy. Jeżeli konstytucyja jest taką, że fizyjologiczne czynności prawidłowo się odbywając korzystnie wpływać będą na przebieg kiły, będziemy mieli kiłę łagodną; gdy fizyjologiczne czynności zboczą od normy, objawy kiły nie zwykły być łagodnemi. Fizyjologiczna czynność przestaje być normalną, gdy jest przyspieszoną lub opóźnioną; na przyspieszenie i opóźnienie działają najrozmaitsze wpływy świata zewnętrznego, do których często w celach leczniczych się uciekamy; takowe najwybitniéj przyspieszają choroby gorączkowe czyli ostre, a zwalniają je choroby chroniczne czyli przewlekłe. Kiła jest typową chorobą przewlekłą, czyli innemi słowy, opóźnia fizyjologiczne czynności, a tém samém odnowę organizmu. Jeżeli kiła nieleczona istnieć przestała, wskazuje to, że czynności fizyjologiczne pokonały opóźnienie, będące następstwem choroby, a odbywając się prawidłowo i odnawiając ciągle organizm przywróciły ustrój do stanu prawidłowego. Jeżeli opóźnienie zwalczymy, bieg choroby będzie łagodnym; gdy czynności fizyjologiczne nie mogą pokonać opóźnienia, musi cierpieć na tém odnowa ustroju, a przez to bieg choroby musi być złośliwym. Tym sposobem dochodzimy do rozwiązania dwóch dla nas bardzo ważnych zagadnień, a mianowicie poznajemy, od czego zależy przebieg kiły i jéj wyleczenie. Środki dyjetetyczno-higijeniczne, używane w leczeniu wyczekującém, korzystnie wpływają na odnowę organizmu i to stanowi zasadę tego sposobu leczenia. Po tém, co dotąd powiedziano, niepodobna zaprzeczyć, że zasada wyczekującego leczenia jest zupełnie słuszną i zasługuje na uwzględnienie.

Zastanówmy się na chwilę, co należy rozumieć przez przyspieszenie i opóźnienie odnowy organizmu, i jakie są tychże zboczeń następstwa. Przyspieszenie odnowy znaczy to samo, co zwiększona nad normę utrata, zwolnienie zaś oznacza zmniejszoną utratę. Organizm, tracący więcéj aniżeli w stanie prawidłowym, popada w niedobór, gdy utratę przychodem nie wyrówna, a nie będzie wcale cierpiał, gdy utratę

wynagrodzi. Zwolniona odnowa zawsze niekorzystny wpływ wywiera, raz przez to, że umniejsza przyswajanie, które ma wynagrodzić utratę, a powtóre przez to, że zmniejsza siłę żywotną organizmu. Zastosujmy te rozumowania do kiły i przypatrzmy się, czy doświadczenie je potwierdza. Wiemy, że choroby ostre wpływają na przebieg kiły dwojako, a mianowicie usuwają czasowo lub na zawsze objawy kiły i w pierwszym razie nawrót choroby może być łagodnym lub groźnym. Na zawsze kiłę usunie ostra choroba, gdy przyspieszona odnowa zniszczy przyrzut chorobowy, a zwiększone przyswajanie wynagrodzi utratę. Czasowo zaś kiła ustąpi i stanie się łagodną, gdy przyspieszona odnowa organizmu nie osłabiła ustroju, a stać się musi kiła groźną, gdy zwiększona odnowa zniszczy organizm, a przezto zwolni w następstwie fizyjologiczne czynności. O tém od dawna wiemy z doświadczenia i dlatego słusznie żąda Zeissl wyczekującego leczenia kiły w przebiegu czerwonki, duru, zapalenia płuc etc.

Wręcz przeciwnie działają choroby przewlekłe na przebieg kiły, która jest również chorobą przewlekłą. Tutaj bowiem podwójnie zwalnia się odnowa: przez kiłę i przez drugą chorobę przewlekłą, a od jakości téj drugiéj choroby zależy, o ile wpływ na kiłę będzie niekorzystnym; to rozumowanie potwierdza w zupełności codzienne doświadczenie.

Z tego, co dotąd powiedziano, łatwo poznać rzeczywistą wartość wyczekującego leczenia. Będzie ono korzystne u chorego, u którego odnowa organizmu odbywa się prawidłowo i może być korzystne u chorego z przyspieszoną odnową, musi zaś być niekorzystném przy zwolnionej odnowie ustroju. Ujemną stroną jednak wyczekującego leczenia jest, że choroba musi dłużéj przeciągać się, aniżeli przy leczeniu środkami, które przyspieszają odnowę organizmu. Przeciągać chorobę zaraźliwą, łatwo się udzielającą, znaczy to samo, co powiększać i pomnażać źródła chorobowe, co bynajmniéj nie należy do zadań lekarza. Szczytniejszym od leczenia obowiązkiem lekarza jest zapobieganie chorobom, a temu przynajmniéj co do kiły nie czyni zadość leczenie wyczekujące. Jeszcze raz powtarzam, że leczenie jest dobre w skutkach, ale niewątpliwie lepszém powinno być takie leczenie, które działałoby przez przyspieszoną odnowę, a przytém utrzymywało równowagę między utratą a przyswajaniem. Tym wymaganiom czynią zadość rozmaite środki, gdy będą stósownie użyte, jakoto: mocz pędzące, przeczyszczające i napotne, a wreszcie leki tak zwane swoiste czyli przeciwkiłowe, jak rtęć i jod.

Do pierwszych leczący wyczekiwaniem często się uciekają, ostatnie zaś zupełnie porzucają zagorzali zwolennicy leczenia wyczekującego, uważając ich użycie jako bezwzględnie szkodliwe. Jednak użycie tych środków również nie jest bezwzględnie szkodliwém, jak leczenie wyczekujące nie jest bezwzględnie dobrém. Do bezwzględnéj dobroci ma prawo to leczenie, które kieruje się zasadą, jaka przewodniczyć winna w leczeniu chorób chronicznych w ogólności, a tą zasadą jest przyspieszenie odnowy zwolnionéj skutkiem zakażenia, ale przyspieszenie w granicach i warunkach najprzyjaźniejszych dla prawidłowego rozwoju organizmu chorego. Przyspieszyć odnowę możemy najrozmaitszemi środkami, tak temi, które składają się na leczenie wyczekujące, jakoteż temi, które są podporą tak zwanego przeciwkiłowego czyli swoistego leczenia. Bacząc na zasadę nie popadniemy w błąd i nie będziemy przeciwnikami ani wyczekiwania, ani używania rtęci i jodu nawet wówczas, gdyby się okazało, że np. rtęć jest odtrutką przeciwko zakażeniu kiłowemu. Wreszcie uwzględnienie zasady położy tamę walce ciągnącéj się od wieków między zwolennikami i przeciwnikami swoistego leczenia, a która i w naszych czasach się odbywa, i uwolni nas od chaosu, z którego trudno wybrnąć początkującemu w zawodzie lekarskim.

Na zakończenie jeszcze raz powtarzam, że w wyborze środków leczniczych powinniśmy być bardzo ostrożnymi, kierować się tylko zasadą leczenia a przedewszystkiém uwzględniać takie sposoby usuwania kiły, które dają największą rękojmię krótkiego trwania okresu zaraźliwości choroby. Tak postępując czynimy zadość dwóm wzniosłym zadaniom: leczymy chorych i zapobiegamy rozszerzaniu się choroby.

III. Oceny i sprawozdania.

O obrzękach śledziony. Wykład prof. Chvostka w Wiedniu. Sprawozdanie Dra Filewicza z Kolbuszowy.

Autor rozpoczyna swój wykład od szczegółowego opisu: 1) Zapalenia śledziony *(splenitis)* tudzież zawału krwawego téjże. Na wstępie wspomina, że nowsze badania każą zaliczać także ostre obrzęki śledziony występujące w chorobach zakaźnych do zapaleń tegoż narządu (Birch-Hirschfeld). Rokitansky (1840) pierwszy zwrócił uwagę na częste pojawianie się zapalenia śródsierdzia z następowém zapaleniem śledziony i nerek, Virchow zaś udowodnił, że polega ono na zatorze.

Ze względu na ajtyjologiję, zapalenie śledziony bardzo rzadko tylko występuje samoistnie. Jeden podobny przypadek opisuje Bamberger, gdzie ropień wielkości jaja kurzego wytworzył się w śledzionie bez znanéj przyczyny i pękł do jamy brzusznéj. Również bardzo rzadko wydarza się zapalenie po urazie, częściéj przychodzi wtedy do pęknięcia śledziony. Berlin opisuje ropień w śledzionie młodego żołnierza, który wytworzyć się miał po forsownych marszach i po wypuszczeniu zeń ropy zwolna się zagoił. Zapalenie śledziony następowe przez udzielanie się z sąsiedztwa jest także rzadkiém: widziano je obok otorbionych ropnych wypocin otrzewnowych, obok wrzodów w żołądku, przy zapaleniu żołądka po połknięciu trucizn itp. Najczęściéj napotykamy zapalenie śledziony przerzutowe, polegające zazwyczaj na zatorze. Oderwane cząsteczki skrzepów włóknikowych, wybujałości zastawkowych, lub wreszcie obumarłych tkanek, z biegiem krwi wpływają do tętnic śledziony, zatykają ich światło i wywołują zawał. Pochodzą one najczęściéj z komórki lewéj serca (przy zapaleniu śródsierdzia, mięśnia sercowego, wadach zastawek i tworzeniu się skrzepów w sercu), mniéj często z tętnicy głównéj (jak przy tętniaku), lub z płuc (z ognisk zgorzelinowych w płucach, w zakrzepicy żył płucowych). Prawdopodobnie jednak mogą podobne zatyczki pochodzić także z prawéj komórki serca, tudzież z całego układu żylnego, w tym razie jednak musiały one przebyć siatkę naczyń włosowatych w płucach, a gdy pochodziły z żyły wrotnéj także sieć naczyń włosowatych w wątrobie. Dostanie się oderwanych cząstek ułatwia obszerność tętnicy śledzionowéj, tudzież właściwe rozgałęzienie się jéj w miąższu, pojedyńcze bowiem gałązki przed rozpadnięciem się w sieć naczyń włosowatych nie łączą się wzajem ze sobą, tém samém więc i następstwa zatoru nie tak łatwo usunąć się mogą. Koniecznym warunkiem tworzenia się zawału krwa-

wego jest ta okoliczność, że żyły części zaczopowanéj nie posiadają zastawek, wiemy zaś że w miąższu śledziony niema ściśle zamkniętéj sieci naczyń włosowatych, lecz szereg przestworów krwionośnych W. Müllera, wsunięty między tętnice a żyły. Czopy pochodzące z ogniska ropiejącego lub posoczącego, wywołują w miejscu zatkania nie tylko zawał, lecz zarazem i zapalenie z zejściem w ropienie lub sposoczenie, czyli t. zw. ropień przerzutowy.

Często znajdujemy zawał w śledzionie zmarłych z choroby zakaźnéj lub innéj ciężkiéj, a najdokładniejsze badanie nie jest w stanie wykazać zaczopowania. Tutaj ostre obrzmienie śledziony pociąga za sobą zwolnienie obiegu, następowe skrzepnienie krwi w żyłach i zawał. Birch-Hirschfeld jest zdania, że zawały znalezione w śledzionie zmarłych z chorób zakaźnych powstają skutkiem miejscowego drażnienia jadu chorobowego, gromadzącego się w pewnych miejscach w większéj ilości.

Co do anatomii patologicznéj, to opisane przez Foerstera rozlane zapalenie śledziony należy do rzadkości, najczęściéj wydarza się ograniczone, w formie odosobnionych ognisk. Zawał występuje w formie klinu podstawą skierowanego ku obwodowi, wierzchołkiem zaś wewnątrz śledziony. Kształt ten odpowiada rozgałęzieniu tętnicy śledzionowéj. Znajdujemy albo tylko jeden zawał, lub też 2—3 a czasem i więcéj. Wielkość ich może być różną, od grochu do objętości jabłka. Początkowo są barwy ciemno-niebieskiéj lub brunatno-czerwonéj, przytém zbite, jakby zwątrobiałe, późniéj zaś, skutkiem tłuszczowego zwyrodnienia włókniaka i przemiany barwika krwi w ziarnisty, krystaliczny hematoidyn, przybierają barwę żółtawą. Gdy zawał rozciąga się aż do torebki, znachodzimy ją w odpowiedniém miejscu silniéj nastrzykaną lub powleczoną wysiękiem włóknikowym. Dalsze przemiany zawału zależą od przyczyn po części zupełnie nam nie znanych. Zawał powstały na drodze li mechanicznego zatoru zwykle po pewnym czasie kurczy się, barwa brudno-czerwona zamienia się w żółtą, a wreszcie po zupełném wessaniu tworzy się blizna włóknista, która sprawia, że torebka w miejscu odpowiadającém doznaje zagłębienia, co gdy w kilku miejscach się zrobi, cała śledziona przybiera kształt nieregularnie płatowy. Niekiedy przechodzi zawał w masę żółtawą, zbitą, do gruzełka podobną, lub nawet kredowacieje.

Gdy czop pochodził z miejsca ropiejącego, na miejscu zatoru tworzy się ropień. Zmiany, jakie wyprzedzają tworzenie się ropnia, mało nam są jeszcze znane, ropa pokazuje się albo przy wierzchołku lub też w całym obwodzie nawału. Ropień powiększa się zwolna i doszedłszy do pewnéj wielkości otorbia się, wysycha lub kredowacieje, albo też rośnie coraz bardziéj i dochodzi nieraz do ogromnéj wielkości. Pleischl opisuje ropień śledziony, z którego po nakłuciu wytoczono 33 uncyj ropy; Hermite zaś przypadek, w którym wypuszczono 80 funtów ropy, w drugim zaś rozpoznając puchlinę jamy brzusznéj wykonano 2 razy nakłucie brzucha, wypuściwszy każdym razem po 8 funtów ropy, w 3cim dniu śmierć. Przy oględzinach zwłok znaleziono worek 18" długi a 12" szeroki, zawierający jeszcze 7 funtów ropy. Gdy powiększający się ropień dosięgnie torebki śledziony, wywołuje zapalenie części otrzewny powlekającéj śledzionę, które ztąd przenosi się na narządy sąsiednie i prowadzi do zlepienia śledziony z takowemi. Często jednak ropień pęka, nim jeszcze zlepienie nastąpiło, ropa wylewa się do jamy otrzewnowéj i sprowadza śmierć. Innym razem ropień wylewa się do jamy utworzonéj przez zlepienie się kiszek między sobą tudzież ze ścianą brzuszną i przeponą. Ropień taki po dłuższém lub krótszém trwaniu kończy się śmiercią, bo albo zapalenie udziela się pozostałéj otrzewnie, lub ropień pęka i treść jego wydostaje się do jamy otrzewny. Wreszcie może ropień zlepić się z sąsiednim narządem, do którego ropa się wyleje, lub też zrasta się ze ścianą brzuszną i przebija takową. Zweifel podaje przypadek, gdzie ropień przebił ścianę brzuszną (przyszło do wyzdrowienia), Heide zaś, gdzie ropa wydostała się przez otwór zatokowy koło pępka. Niekiedy ropień przebija przeponę i treść jego dostaje się do worka opłucnowego, lub może przedtém zrosnąć się przeponą z podstawą płuca, a wtedy po częściowém zniszczeniu ropa wydostaje się oskrzelem na zewnątrz; podobne przypadki opisują Nasse, Mantell i Newnham. Często spostrzegano przebicie ropnia do żołądka, zwykle z zejściem śmiertelném, Fouquier opisuje jeden taki przypadek wyleczony. Bardzo rzadko przebija się ropień do nerki, a narząd moczowy wydala ropę, jeden taki przypadek opisuje Grotanelli, dwa inne Heusinger, oba zakończone wyzdrowieniem. Zwykle ropnie przedziurawiające śmierć sprowadzają. Bardzo rzadko tylko napotykamy zgorzel śledziony i to jako przerzut zgorzeli wewnętrznych lub zewnętrznych narządów; Rokitansky opisuje nawet jeden przypadek zgorzeli śledziony samoistnéj, Mosler widział zgorzel śledziony w następstwie zgorzeli lewego płuca. Czasem znachodzono w ciałkach Malpighiego pewne zmiany, jak obrzmienie aż do wielkości główki od szpilki, zabarwienie żółtawe i pomnożenie komórek. Zmiany te rozszerzały się na cały miąższ śledziony, lub tylko na pewne jego odcinki; w środku podobnie zmienionych ciałek tworzą się skutkiem przemiany tłuszczowéj jamki, które następnie mogą się zlewać ze sobą i tworzyć żółtawo zabarwione ropnie. Objawy te znaleziono w durze osutkowym (Rokitansky, Hodgkin, Bamberger), w durze powrotnym. (Griesinger, Ponfick), tudzież w niektórych przypadkach przerzutowéj ropnicy (Birch-Hirschfeld). (C. d. n.)

Lichtheim: **Doświadczenia nad niedodmą płuc.**
(atelectasis pulm).

Odkąd Legendre i Bailly (1844) sprostowali dawne mniemanie o przyrodzie zapalnéj niedodmy, dowiódłszy, że jest to raczéj powrót płuca do stanu płodowego *(état fétal)*, pojawiały się bardzo różnorodne tłumaczenia co do sposobu i warunków powstawania tego zboczenia. L. i B. twierdzili, że skoro do pewnéj części płuc powietrze się nie dostaje, natenczas pęcherzyki płucne zapadają się na mocy swéj sprężystości. Traube wywołując sztucznie niedodmę płuc już to przez zatkanie doprowadzającego oskrzela, już też przez otwarcie odpowiedniéj jamy opłucnéj, sądził, że przyczyną niedodmy jest brak odnowy powietrza w pęcherzykach. Gairdner a za nim Rilliet i Barthez zauważywszy, że podstawą niedodmy bywa zazwyczaj nieżyt oskrzelowy, wyobrażali sobie, że czopki śluzu tworzą w oskrzelach rodzaj zastawek, domykających się szczelnie podczas wdechu, odmykających się zaś podczas wydechu; powietrze więc w pęcherzykach płuc zawarte miało powoli podczas wydechów być wydalonem. Bartels zwracając uwagę na to, iż nie zawsze niedodmie towarzyszy nagromadzenie śluzu w oskrzelach, sądził, że skurcz mięśni oskrzelowych i obrzmienie błony śluzowéj staje na zawadzie prądowi powietrza wdechowemu, kaszel zaś przyczynia się do wypędzenia powietrza z płuc.

Niezadowolony wszakże sam tém tłumaczeniem zgadzał się na zdanie Virchowa, że część powietrza ulega wessaniu przez naczynia włosowate pęcherzyków płucnych.

W celu ocenienia, czy i o ile ostatnie zdanie jest słusznem, L. przedsięwziął doświadczenia na zwierzętach. Zatkawszy sztucznie pewne gałęzie lub też jeden z głównych oskrzeli, przekonał się zgodnie z dawniejszemi spostrzeżeniami Traubego, że w odpowiedniéj części płuc powstawała niedodma. Aby się przekonać, czy takowa polegała na wessaniu powietrza przez naczynia włosowate, czy zatém krążenie krwi jest koniecznym warunkiem do powstawania niedodmy, podwiązał wszystkie naczynia doprowadzające krew do płuc (t. płucną, tt. oskrzelowe, tętniczki przebiegające do części śródpiersiowéj opłucny) a zatkawszy równocześnie odpowiednie oskrzele, przekonał się, że w takich warunkach płuco nie traciło powietrza. Z tego wynika, że do powstawania niedodmy koniecznem jest krążenie krwi w płucach, aby powietrze z pęcherzyków płuc uledz mogło wessaniu do krwi. Wprowadzając do płuc osobno składowe części powietrza atmosferycznego, wykazał, że czysty tlen i kwas węglowy znacznie rychléj, azot zaś powolniéj ulega wessaniu niż powietrze atmosferyczne, odpowiednio do większego lub mniejszego współczynnika absorpcyjnego poszczególnych gazów i ich powinowactwa chemicznego do krwi. Aby wytłumaczyć, dlaczego nie następuje równowaga między napięciem gazów we krwi a powietrza w pęcherzykach płucnych, czyli dlaczego powietrze aż do szczętu z pęcherzyków płucnych przechodzi do krwi, L. przypuszcza, że sprężystość pęcherzyków płucnych wtenczas dopiero się wyczerpuje, gdy w takowych nie mieści się już nic powietrza. *(Arch. f. experim. Path. u. Pharm. X).* *Dr. Smoleński.*

S. Rosenstein: **Przyczynek do nauki o uderzeniu serca.**

W nauce o uderzeniu serca zużytkowano w ogóle trzy czynniki, mające stanowić główną przyczynę tego objawu. Najprzód upatrywano (Arnold, Kiwisch, Ludwig, Donders) przyczynę uderzenia sercowego w stwardnieniu i zmianie postaci komórek podczas skurczu mięśnia sercowego. Następnie (Kürschner, Senac, Aufrecht) szukano przyczyny uderzenia serca w pewnych zmianach wielkich naczyń sercowych podczas skurczu serca. Według tego zapatrywania uderzenie serca uważaćby należało za następstwo ruchu drążkowego, pochodzącego stąd, że tętnice główna i płucowa, rozciągnięte (wyprostowane) podczas rozkurczu serca, skracając się pociągają za sobą i komórki sercowe. W podobny sposób tłumaczy i Kornitzer uderzenie serca, tylko że kładzie nacisk na jego ruch obrotowy, jako następstwo skurczowego rozciągania się spiralnie przebiegających wielkich naczyń. Trzecia teoryja (Gutbrod, Skoda), która najwięcéj znalazła zwolenników, uważa uderzenie serca za wynik ruchu wstecznego serca podczas skurczowego wypróżniania komórek.

Aby się przekonać, czy i o ile wielkie naczynia przyczyniają się do powstawania uderzenia sercowego, autor (jak już dawniéj Chauveau) podwięzywał u psów tętnice główną i płucową tuż po nad ich początkiem, przy czém zauważył, że mimo to uderzenie serca dało się widzieć i wymacać, a szpilka wkłuta w miejsce najwyraźniejszego uderzenia sercowego poruszała się tak samo jak poprzednio. Nawet po podwiązaniu wszystkich naczyń z wyjątkiem żyły głównéj dolnéj, ruchy obrotowe serca nie ustawały. Na podstawie powyższych doświadczeń autor dochodzi do następujących wniosków: 1) Ruchy obrotowe serca nie zależą od związku serca z wielkiemi naczyniami, 2) powstawanie uderzenia sercowego nie zależy od skurczowego prostowania się tychże naczyń ani też od ruchu wstecznego serca. Stąd wypływa, że przyczyna uderzenia sercowego znajduje się w samém sercu, mianowicie w stwardnieniu i zmianie postaci mięśnia sercowego podczas skurczu. Ruch ku przodowi, ograniczony do samego koniuszka serca, może pochodzić od właściwego przebiegu włókien mięsnych w sercu, co jednak, „dopokąd nie zdołamy wyśledzić przebiegu ani jednego włókna warstw głębszych“ (Henle), pozostanie tylko przypuszczeniem. Prostowanie się wielkich naczyń podczas skurczu może się przyczyniać do powstawania ruchu serca na dół i ku przodowi. *(D. Arch. f. klin. Med.* T. 23, — 1.) *Dr. Smoleński.*

IV. Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego,**
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41.)

List III.

Charcot wykłada anatomiję patologiczną w „École“ dopiero od trzech lat, odkąd jest profesorem wydziału lekarskiego; w Salpêtrière zaś, gdzie od dawna jest lekarzem ordynującym, miewa od r. 1865 wykłady kliniczne o chorobach, jakich mu ten zakład dostarczyć może. Salpêtrière bowiem składa się, jak wiadomo, z dwóch zakładów, nie mających ze sobą nic wspólnego, oprócz ekonomii, administracyi, spólnéj nazwy ludowéj i urzędowéj oraz przestrzeni, na któréj gmachy tych zakładów są rozłożone. Jest to zakład dla kobiet obłąkanych i gospoda starości, *Hospice de la vieillesse,* gdzie nie tylko kobiety przez wiek zgrzybiałe, lecz także i bardzo młode znajdują zaopatrzenie na całe życie, jeżeli dotknięte są chorobami ciężkiemi, nieuleczalnemi. Takich kobiet „zaopatrzonych“ *(administrées)* mieszka w téj olbrzymiéj gospodzie przeszło 2700; zajmują one pierwsze trzy obwody całego zakładu w 9 sekcyjach i mają spólny kościół i szpital zwany Infirmeryją powszechną *(Infirmerie générale),* który stanowi sekcyję dziesiątą. Infirmeryja urządzona na 280 łóżek; ma dwa oddziały lekarskie i jeden chirurgiczny. Lekarzem ordynującym w jednym oddziale lekarskim jest prof. Charcot, w drugim p. Luys, znany badacz budowy wewnętrznéj mózgu.

Hospice de la vieillesse dostarcza tedy do infirmeryi, a mianowicie na oddział Charcota chorób, które dla terapii prawie żadnéj, dla nauki zaś wysoką mają wartość. Chore bowiem, dotknięte chorobami długotrwałemi, pozostają tu aż do śmierci i dostarczają całych obrazów przebiegu klinicznego; po śmierci zaś badanie anatomiczne i mikroskopijne nadaje tym obrazom podstaw umiejętnych. Charcot wyzyskał ten materyjał w sposób prawdziwie bystry i dla nauki bardzo korzystny. Nie mogę tu wchodzić w szczegóły prac Charcota, znanych zresztą z literatury tegoczesnéj; wspomnę tylko o jego *„Leçons sur les maladies du système nerveux,“* które się doczekały już wydania trzeciego. Charcot, oprócz niektórych chorób starczych, chorób wątroby i nerek, oraz zap. płuc przewlocznego, najwięcéj badał choroby ner

wowe długotrwałe, mianowicie rdzeniowe i mózgowe tudzież hysteryję ciężką, jakiéj nie brak w Salpêtrière. O téj chorobie ostatniéj wypada mi cośkolwiek wspomnieć, gdyż do niéj to właśnie odnoszą się doświadczenia Charcota, o których dziś tyle mówią i piszą, które też sam oglądałem i o których w tym liście podaję wiadomość szczegółową.

Postać łagodna hysteryi jest powszednią w rodzie niewieścim; a jak nie brak płci pięknéj, mężyc zdolnych nawet do rzemiosła wojennego i do rządów niekiedy okrutnych (Maryja Tudor, Elzbieta i inne), tak też nawzajem ród męski miewa *viros effeminatos*, którzy podpadają hysteryi. Praktycy prawie pogardliwie spoglądają na tę chorobę, gdyż udaje ona niekiedy inne ciężkie choroby, dużo daje do czynienia, a mało wyświadcza honoru terapii: nadużywała ona nieraz cierpliwości, dobréj wiary i fantazyi lekarskiéj. Podobnie jak choroby umysłowe, wyprawiała sceny święte i przeklęte, w zaciszu klasztorném i w domowéj zagrodzie, gdzie „krzyż pański" stawiała na udręczenie kółka rodzinnego. Występowała niekiedy na ulicę, na wielki świat i jawnie święciła swoje mysteria. Miała też czasy swojego męczeństwa i była nadużywaną przez mataczów, guślarzy, mistyków i marzycieli. Posądzają ją o nierzetelność, bo z własnéj woli i umysłu przewrotnego rodzi przypadłości podobne do przypadłości innych chorób, w których wola i umysł bywają rzetelne; chociaż przewrotność moralna i umysłowa jest tu tak samo zjawiskiem hysteryi, jak np. jéj przewrotność czuciowa, ruchowa i odżywcza. Z drugiéj strony posądzają ją o związki „nieczyste" z lubieżnością, z żądzą sławy i chleba, jak gdyby tylko ona jedna była dziedziczką tego grzechu pierworodnego. Od głowy aż do stóp posądzały ją wszystkie ostateczności począwszy od teologicznych, filozoficznych i prawniczych a skończywszy na medycznych. Hysterojatria nie miała jeszcze swojego Pinela i jeżeli nim dziś nie jest Charcot, to chyba go już nigdy nie będzie.

W Salpêtrière są oczywiście przypadki hysteryi tylko ciężkiéj, które dla studyjów klinicznych têm są ważniejsze, ponieważ przypadłości w tych przypadkach są pełniejsze i wybitniejsze.

Hysteryja ciężka ma przypadłości stałe i napady mniéj więcéj przemijające. Do pierwszych należy anestezyja i hyperestezyja, ambliopija, achromatopsyja, skurczenie mięśniowe (prawdopodobnie także skurczenia tętnicze stałe); pomiędzy napadami występuje najczęściéj i hysteroepilepsia, bębnica hysteryczna, ischuria, niekiedy porażenia poprzeczne itd.

Nieczulica bywa najczęściéj połowicza i zajmuje nie tylko skórę, ale i błony śluzowe jamy ustnéj, pochwy, tudzież dotyczy powięzi, mięśni, okostnéj; czasem na całe rozciąga się ciało. Po stronie znieczulonéj naczynia są ściągnięte i temperatura obniżona. Barwoślep zwyczajnie trzyma się po stronie nieczulicy; bywa częściowy lub całkowity, czasem w obu oczach. Niemniéj smak i powonienie biorą udział w têm znieczuleniu połowiczém.

Przeczulica lokalizuje się albo w jednym jajniku, albo istnieją nadto miejsca poszczególne, np. koło sutka, pomiędzy łopatkami, podobne do owych pasów epileptycznych u świniek morskich do tego przyrządzonych. Z tych punktów hysteroepileptycznych, *points hystero-épileptogènes*, wywołać można napady równoimiennie i już wywołane powstrzymać, jak to później zobaczymy.

Ischuria bywa czasami zupełna i daje powód do innych przypadłości, jak: wymioty krwawe, drzączka i śpiączka hysteryczna, porażenie połowicze. W jednym przypadku na moim oddziale postrzegaliśmy w r. 1876 u szwajcarki Adeli Br... obfite wymioty krwawe, zatrzymanie moczu, drzączkę, śpiączkę i porażenie połowicze, które po ośmiu miesiącach ustąpiło; u innéj choréj starozakonnéj panienki Blime R... postrzegaliśmy powstrzymanie moczu i bębnicę (*tympanitis hysterica)* tak wielką, że brzuch sterczał jak balon po nad poziom reszty ciała. Wszelako pomiędzy wszystkiemi innemi napadami zasługuje na naszą uwagę hysteroepilepsyja, która miewa wszystkie inne przypadłości stałe i przemijające, a nadto w napadzie właściwym okresy i ustępy, które tu w krótkości opiszę podług *„Gazette médicale de Paris"* z r. 1878, str. 364.

Charcot odróżnia w napadzie pełnym hysteroepileptycznym:

1) Okres padaczkowaty, poczynający się od jajników wietrzykiem *(aura)*, posuwający się jako kłębek *(globus hystericus)* ku dołkowi podsercowemu i gardzieli, skąd wstępuje do głowy, w uszach świst, w głowie ból zwany ćwiekiem *(clavus hyst.)*

Każdy pozna w tym ustępie tego okresu napady hysteryczne pospolite, powszednie, z którémi spotykamy się w szpitalach i w praktyce prywatnéj. Dalsze postępy napadu wielkiego można teraz jeszcze powstrzymać przez uderzenie połączone z uciskiem jajnika przeczulonego lub za pomocą prądu galwanicznego. Jeżeliśmy téj pomocy nie dali, napad przechodzi w kurcze drgawkowe i tężcowe, podobne do napadu padaczki, przyczém występuje majaczenie z omamami, które w tym okresie mają barwę ciemną; chora widzi szczury, węże, noc ją otacza, oślepiając jéj wzrok itp.

Jeszcze i ten okres napadów hysterycznych nierzadko postrzegamy; widuję go na moim oddziale chorób wewnętrznych, przeznaczonym wyłącznie dla kobiet, dosyć często. Czasem łączy się z tym okresem drzenie ramion i rąk, niekiedy potrząsanie całém ciałem, zwykle wytężoném.

2) Okres wykręcań i ruchów wielkich miewa także różne postacie. Raz ruchy gwałtowne, rozległe nie mają żadnéj postaci, porządku ani taktu; innym razem są one uporządkowane i podporządkowane, zachowują pewien rytm i takt, jak np. rzucanie głową na poduszce w prawą i lewą stronę, wznoszenie stosu kręgowego w łuk do góry wygięty i ustawianie się w téj pozycyi na głowie i nogach, nagłe i taktowne przybieranie pozycyi siedzącéj, z któréj chora z wielką gwałtownością upada całym tułowiem swoim i głową na wznak, jak to postrzegamy już od dwóch lat na choréj Maryi Bor...., która często nawiedza mój oddział.

W drugim niejako ustępie tego okresu chore przybierają najdziwaczniejsze i najpotworniejsze skrzywienia odnóg, twarzy i tułowia, podobne, jak Charcot mniema, do gimnastycznych błazeństw, jakie wyprawiają po cyrkach konnych tak nazwani klauny *(clowns)*, dlatego ten ustęp nazwał klaunizmem. Jest to bardzo rzadki rodzaj napadów histerycznych, którego sam nie widziałem oprócz na rysunkach w Salpêtrière i w książce powyżéj wymienionéj Charcota.

3) Okres postaw albo wyrażenia afektowego *(le periode des attitudes passionelles)*. Chore w tym okresie przybierają postawę malującą na twarzy i w całym układzie ciała przestrach i trwogę, albo radość i rozkosz, niekiedy cynizm bezwstydny i lubieżność gwałtowną; przyczém występują omamy odpowiednie, albo strasznych krwawych scen, albo wybawienia przez kogoś, którego głośno zwią po imieniu. Omamy występują w tym okresie w czerwonéj barwie krwi. Któż

nie poznaje w tym okresie obrazu owego stanu sennego czyli hypnotycznego, zwanego zachwytem, ekstazą.

Namienić potrzeba, że każdy ustęp każdego okresu może być napadem dla siebie, albo może się złączyć z ustępem innego okresu, przez co obrazy kliniczne napadów hysterycznych w przypadkach poszczególnych będą rozmaite, i pozornie jakby coś przypadkowego nieprawidłowego przedstawiają się obserwatorowi.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Listy z Warszawy.

II.

(Czynności obywatelskiego podkomitetu sanitarnego.)

Dżuma, która w początku roku bieżącego tak bardzo całą Europę zaniepokoiła, więcéj zrobiła nam dobrego niż złego. Kiedy rozmaite deputacyje, komitety itd. zaczęły się zajmować kwestyją: jak odwrócić od nas tę plagę, jak powstrzymać bieg téj epidemii, w razie gdyby ku Warszawie się skierowała, musiano zwrócić uwagę na tę ważną okoliczność, iż obecny stan sanitarny Warszawy jest bardzo opłakany i że każda epidemija, któraby do niéj była zawleczoną, szerzyłaby się w sposób przerażający. Zaczęto więc myśleć poraz pierwszy na seryjo o środkach asenizacyjnych. Powstał naprzód komitet ustanowiony przez Generał-Gubernatora, ale ponieważ do składu takowego weszły osoby mało z tutejszemi stosunkami obeznane, więc postanowienia jego żadnéj praktycznéj wartości nie miały. Staraniom Prezydenta miasta udało się wyjednać u Władzy pozwolenie do zwołania innego komitetu z obywateli kraju i miasta złożonego; skutkiem tego komitet ten nazwany został p o d k o m i t e t e m s a n i t a r n y m o b y w a t e l s k i m. Ponieważ podkomitet ten nazywa się sanitarnym i za zadanie sobie położył polepszyć warunki hygijeniczne Warszawy, więc przypuszczać należało, że w skład jego wejdą lekarze hygijeniści, jako jedynie kompetentni w rozstrzyganiu tego rodzaju kwestyj. W Warszawie jednak tak mało są z temi sprawami obznajomieni, że elementarna ta zasada, którą nie już doświadczenie, ale sama logika wskazuje, najzupełniéj została pominiętą. Na posiedzenia komitetu hygijenicznego powinniby być wzywani: chemicy, inżynierowie miejscy, architekci itd. i głos ich nadzwyczaj może być pomocnym, ale absolutną przewagę mieć powinni lekarze hygijeniści. Tymczasem do komitetu naszego sanitarnego zaproszono aż 55ciu członków, a pomiędzy nimi znalazło się t y l k o p i ę c i u l e k a r z y! (6ty późniéj wstąpił). Pozostałą cyfrę zapełniają: bankierzy, adwokaci, obywatele ziemscy i miejscy, szambelanowie dworu, inżynierowie, chemicy, właściciele fabryk, kupcy warszawscy etc. Wystawcie sobie taki skład komitetu hygijenicznego, wyrokującego o tém: czy doły kloaczne są szkodliwe dla zdrowia i czy należy je skasować, albo czy wodę do picia dostarczać Warszawie z Wisły, czy też z Jeziorny sprowadzać, albo czy wentylacyja dzisiejszych kanałów miejskich jest wystarczającą, wystawcie sobie powiadam to grono rozstrzygające te tak ważne dla nas kwestyje i … *risum teneatis amici?* Dla wykazania do jakiego stopnia niejasne mają pod tym względem u nas pojęcia, posłużyć może fakt następujący: na pierwszém posiedzeniu podkomitetu sanitarnego postanowiono wydelegować komisyję, która miała ułożyć szczegółowy plan asenizacyi miasta Warszawy; otóż kiedy układano listę członków téj komisyi i na czternaście osób niewięcéj niż czterech wpisano lekarzy, dały się słyszeć głosy: „już dosyć tych lekarzy“. Więc nawet rzecz tak specyjalną jak szczegółowy projekt asenizacyi miasta nie chcieli ci panowie powierzyć opiece lekarzy.

Konsekwencyje takiego stanu rzeczy łatwo było przewidzieć. Komisyja wzmiankowana złożona z 15 osób (późniéj przybrano jeszcze Dra Markiewicza) wypracowała rozmaite szczegóły odnoszące się do polepszenia warunków zdrowotnych Warszawy; szczegóły te poszły do zatwierdzenia podkomitetu. Podkomitet sanitarny odbywa obecnie raz na tydzień posiedzenia i roztrząsa punkt po punkcie ów projekt komisyi. Dyskusyje ich porównać można z rozprawami ślepych o kolorach, przedewszystkiém trzeba ich wszystkich z elementarnemi zasadami hygijeny zaznajamiać. Kiedy np. mowa była o kanalizacyi w Warszawie, jeden z członków podkomitetu, objawił swoją wątpliwość co do skuteczności tego środka asenizacyjnego, a opierał tę swoją opiniję . . . sądzicie, że na ostatnio wygłaszanych zdaniach przez Reclama w Lipsku? nie, twierdził on, że przed 16tu laty pewien jenerał rosyjski, przyjechawszy z Londynu, złożył raport byłéj jakiejś komisyi czy Radzie administracyjnéj, że tam taki jest smród, że wytrzymać nie można! raport ten, jak zapewniał ów członek, złożony nawet jest w archiwach wymienionéj władzy! Trzeba było dopiero objaśniać owego hygijenistę, kiedy kanalizacyja zaprowadzoną została w Londynie i jakie ma hygijeniczne znaczenie. Innym razem, kiedy mowa była o braku wody do picia w Warszawie, jeden z obecnych zaręczał, że w swojém podwórzu taką ma studnię, że sto tysięcy ludzi codzień mógłby z niéj napoić. Jakże wielką racyją miał Juvenal, kiedy przed 18ma wiekami zawołał: *difficile est satiram non scribere!*

Ten brak kompetencyi podkomitetu sanitarnego najlepiéj się ujawnił przy następującéj okoliczności. Wiadomo, jak niesłychanie ważną jest rzeczą wiedzieć dokładnie liczbę zmarłych i choroby, które śmierć w danéj miejscowości sprowadziły. Otóż daty takie statystyczne zbierają się u nas w następujący sposób: policyja nie wydaje nikomu pozwolenia pochowania ciała zmarłego, kto nie dostarczy jéj świadectwa lekarza, który nieboszczyka leczył, z jakiéj mianowicie choroby umarł. Ponieważ jednak bardzo wiele ludzi umiera bez pomocy lekarza, więc postanowiono, że w takim razie medyka ma zastąpić rządca domu (tam gdzie niema takowego zapewne stróż!). Otóż wszystkie kartki z dyjagnozą przez takie indywidua podane posyłane bywają do biura statystycznego, gdzie je zestawiają i co tydzień ogłaszają: ile osób i z jakich chorób w Warszawie umarło. Cała statystyka śmiertelności Warszawy, którą we wszystkich gazetach ogłaszają, takie ma źródło i na takich glinianych opiera się nogach. Nie dosyć na tém, gdyby choć te kartki były skrupulatnie spisywane i zbierane, to mielibyśmy choć przybliżone do prawdy liczby statystyczne, ale cóż się pokazuje? Zaraz dowiadujemy się z rozkazu dziennego Ober-policmaistra m. Warszawy, że policyja tak niedbale wywiązuje się ze swego zadania, iż w przeciągu niespełna roku nie mniéj niż parę tysięcy takich kartek zbrakło, o czém łatwo było się przekonać, zestawiwszy ilość przypadków śmierci przez te kartki dostarczonych z raportami dozorów cmentarnych o ilości ciał pochowanych na cmentarzach różnych wyznań. Taki smutny stan rzeczy gwałtownéj wymaga reformy i komisyja sanitarna bardzo słusznie zaprojektowała obowiązkowe oględziny pośmiertne dokonywane przez lekarzy. Oględziny takie, po-

mijając już możliwość pochowania żywego człowieka, mają jak wiadomo cel potrójny: 1) dostarczanie w ogóle dokładnych liczb statystycznych, 2) wykrycie zbrodniczego zgładzenia ze świata, które mogłoby bez tego ujść baczności władzy policyjnéj i 3) jak najspieszniejsze wykrycie pojawiającéj się w danéj miejscowości epidemii. Dowiedzenie się choćby tylko o kilku przypadkach np. błonicy albo duru, które się w jednym domu albo w jakiejś dzielnicy miasta pokazały, niesłychanie jest ważne z powodu możliwości wstrzymania biegu epidemii, dopóki zbyt wielkich nie przybrała rozmiarów. Wszystko to są rzeczy elementarne, o których każdy lekarz wie dobrze, ale trudno żądać takich wiadomości od fabrykantów, szambelanów, senatorów itd. Otóż kiedy powyższa kwestyja przyszła pod obrady podkomitetu sanitarnego natrafiła tam na opozycyję, a jak się *Medycyna* wyraża, „jeden z najpoważniejszych członków podkomitetu“ (Sprawozdawca Medycyny nie objaśnił nas, jakiéj skali używa do oceniania większéj lub mniejszéj powagi pojedynczych członków podkomitetu!) wypowiedział obawę, że urządzenie to narazi ludność ubogą na nowy wydatek. Ponieważ lekarze, którzy się mają zajmować oględzinami pośmiertnemi płatni będą z kasy miejskiéj, więc zainterpelowano go o jakim wydatku właściwie mówi; z otrzymanéj na to odpowiedzi przekonano się „że wyrażona obawa wydatku równa się obawie o nadużycie pieniężne ze strony projektowanych urzędników lekarskich“. Przeszła karyjera najpoważniejszego członka podkomitetu może go w rzeczy saméj usposabiać pod pewnym względem do takiego pesymistycznego zapatrywania się pod tym względem na tę sprawę i nie dziwimy się bynajmniéj, że się tak, a nie inaczéj odezwał, ale dziwimy się sprawozdawcy *Medycyny*, że całą tę niesmaczną dyskusyję, któréj tu już bliżéj opisywać nie będę, ale w któréj padły między innemi wcale nie parlamentarne wyrazy „wygonić złodziei“ ogłosił. Co innego jest wytykać nadużycia przez tego lub owego urzędnika lekarskiego popełniane, a co innego potępiać ogółem i ryczałtowo. Z tego widzimy jak sprawy sanitarne Warszawy w owém gronie hygijenistów są traktowane. Rzecz prosta, że przy takim stanie rzeczy wielu członków podkomitetu, czując swoją nieudolność w obec rozbieranych spraw, a może po części nudząc się na owych posiedzeniach jak na tureckiém kazaniu, absentuje się dosyć często. Leży to w naturze nieumiejętnie unormowanych stosunków, nie wynika bynajmniéj z zaniedbywania obowiązków względem ogółu, a wszelkie nauki moralne przez niektóre gazety z tego powodu dawane i wszelkie ubolewania nad tém, jak u nas nikt nie chce poświęcać czasu i pracy dla publicznego dobra, są czczą i nic nie znaczącą deklamacyją. Tak tedy do podkomitetu naszego śmiało zawołać można wraz z L a e r t e s e m: *Too much of water hast thou*!

Przechodząc do praktycznych rezultatów, jakie osiągnięto, lub jakie w przyszłości osiągnąć się dadzą z czynności owego podkomitetu sanitarnego, to przedewszystkiém zaznaczyć wypada, iż ma on tylko głos doradczy; pomimo to nie wątpię, iż nastąpią pewne polepszenia warunków sanitarnych w Warszawie. Hygijeniści członkowie dzisiejszego podkomitetu nie wiele się do tego przyczynią, ale sprężyną wszystkiego jest i będzie dzisiejszy Prezydent miasta. Największe uznanie i wdzięczność należy się od mieszkańców Warszawy Jenerałowi Starynkiewiczowi za jego uczciwe, szlachetne a energiczne zajęcie się sprawami zdrowotnemi naszéj stolicy; skrzętnie zajmuje się on zbieraniem wiadomości i rad światłych odnoszących się do ulepszeń zdrowotnych w mieście naszém, a jeżeli projektowana budowa kanalizacyi przyjdzie do skutku jak obiecują w przyszłym roku, to będzie to najwspanialszym pomnikiem jego pożytecznéj działalności u nas.

W sprawie asenizacyi miasta niepomierne zasługi położył także Dr. Markiewicz. Jestto jedyny hygijenista u nas; pracuje on od lat kilkunastu na téj niwie, a obecnie był sekretarzem owéj komisyi, o któréj wyżéj wspomniałem, oraz niestrudzonym członkiem i sprawozdawcą wszystkich delegacyj, komisyj, podkomisyj etc.

Wkrótce napiszę wam o projekcie kanalizacyi i zaopatrzenia miasta w wodę.

Warszawa dnia 11 października 1879 r. β.

Otrzymaliśmy list następujący, który w całości umieszczamy.

Szanowny Kolego Redaktorze!

W N. 40 „Przeglądu Lek.“ oceniając dzieło psychijatryczne Dra Rothego wydane przez Stow. do wyd. dzieł lek. polskich, Szanowny Kolega na str. 470 uczynił niektóre zarzuty przeciwko słownictwu użytemu w téj książce, którychto uwag nie mogę pozostawić bez odpowiedzi.

Wiadomo było Szanownemu Koledze, (ze słówka od wydawcy na początku książki), że za nomenklaturę w tém dziele jestem odpowiedzialny; przesadną zatém była delikatność, w skutek któréj mając przeciw słownictwu zarzuty, Szanowny Kolega nie wspomniał, że owe usterki, rzekomo do babilońskiego pomięszania prowadzące, nie ciążą na autorze, lecz na mnie.

Gdyby zarzuty były słuszne, wdzięczniebym je przyjął; ponieważ zdaniem mojém są nietrafne, uważam sobie za obowiązek je odeprzeć.

1) Niepodoba się Szanownemu Koledze, że wyraz „*Dispositionsfähigkeit*“ przetłumaczyłem przez „rozporządliwość“, nie zaś przez „rozrządzalność“. Otóż przymiotniki na „alny“ odpowiadają formie biernéj (wybieralny, namacalny, poruszalny itp.), końcówka na „liwy“ zaś, formie czynnéj (gniewliwy, płacz liwy, ruchliwy itp.): a zatém „rozrządzalny“ oznacza tego, którym można rozrządzać; „rozporządliwy“ zaś — tego, który może rozporządzać (swą osobą i mieniem).

2) Do „babilońskiego“ właśnie zamięszania poprowadziłaby nasz język dowolność, z którą Szanowny Kolega twierdzi, że „w y o b r a ź n i a“ jest to samo co „fantazyja“ i że „*Das Vorstellen*“ tłumaczy się przez „myślenie“ lub „wyobrażenie“. Na taką terminologiję psychologiczną zgodzić się niepodobna: albowiem myślenie, to po niemiecku = *Das Denken*, wyobrażenie = *Die Vorstellung*; „wyobraźnia“ zaś jest co innego, a „fantazyja“ co innego. „Wyobraźnia“ (= *Das Vorstellungsvermögen*), którego to wyrazu słusznie użyto np. na str. 33 w dziele Dra Rothego, jest to władza duszy odtwarzająca w nas wrażenia świata zewnętrznego; „fantazyja“ zaś czyli imaginacyja jest władzą poniekąd twórczą, która z wrażeń zewnętrznych, juzto je przerabiając, jużto inaczéj grupując itd., tworzy nowe obrazy. Tamta odznacza się wiernością, ta ostatnia dowolnością.

3) Nieznalazło łaski u szanownego Kolegi „podniecenie szalone“, ponieważ „zdawać by się mogło że podniecenie oszalalało“. Na to tylko odpowiem, że się mówi: „ruch szalony, mowa szalona itp.“, chociaż nikt nie przypuszcza, żeby ruch albo mowa oszalała.

4) Najnieodpowiedniéj, zdaniem szanownego Kolegi, przetłumaczono w dziele Dra Rothego „*partielle Verrücktheit*“ przez „obłąkanie częściowe“ zamiast „pomięszania częściowego“. Otóż wziąwszy wyraz „obłąkanie“ w znaczeniu obszerniejszém (= *mania, folie, Irrsein*), sądziliśmy, że wyraz „*mania generalis*“ (*Wahnsinn*) najodpowiedniéj jest przetłumaczyć przez „obłąkanie ogólne“, a „*mania partialis*“ (*monomania, partielle Verrücktheit*) przez „obłąkanie częściowe“. Zresztą wszak przyznać trzeba, że w nomenklaturze tak zawikłanéj, jaką jest dotychczas psychijatryczna, doktrynerstwem byłoby domagać się wszędzie bezwarunkowéj konsekwencyi: dosyć jeżeli niema w niéj rażących sprzeczności. Z tego to powodu uwagi szanownego Kolegi co do wniosków, jakie wyprowadzić by trzeba o względnym sto-

pniu dwóch chorób oznaczonych nazwą obłąkania ogólnego i częściowego, nie potrafią przekonać o têm, że w książce Dra Rothego zaprowadzono „niefortunnie“ nomenklaturę.

5) Nareszcie co do ostatniego zarzutu: jeżeli w dziele Dra Rothego powiedziano na str. 123: „Idyjotyzm czyli niedołęztwo wrodzone“, to jest to tylko wyrażenie skrócone w tytule, bo o kilka wierszy poniżéj w tekscie znajduje się bliższe określenie, że idyjotyzm bywa wrodzony lub w pierwszych latach dziecięcych nabyty.

Uprzejmie upraszając szanownego Kolegę o zamieszczenie téj odpowiedzi w Przeglądzie Lek., łączę koleżeńskie pozdrowienie.

W Krakowie dnia 15 paźdz. 1879 r.

Prof. Dr. Janikowski.

Do listu powyższego niechaj nam będzie wolno dodać kilka słów repliki. Uczyniwszy w ocenie dziełka kol. Rothego kilka uwag nad słownictwem powodowaliśmy się tylko względem na przedmiot a nie na osobę. Powszechném jest narzekanie kolegów, że poprawiając ustawicznie piękny nasz język czynimy go wprost niezrozumiałym, zwłaszcza dla tych, którzy mieszkają zdala od kuźni wyrazów. (Skargę tę słyszeliśmy i od jednego z najbardziéj zasłużonych kolegów, który nadto dodał, że nierównie więcéj mielibyśmy czytelników, gdybyśmy pisali po polsku). Znalazłszy zaś w dziełku Dra Rothego słownictwo znacznie różniące się od przyjętego w Krakowie mniemaliśmy, że ono jest warszawskiém, i że usterki ciążą na autorze a nie na szan. wydawcy, który przecie sam w Uzupełnieniu słownika pp. Skobla i Kremera wyraz *Verrücktheit* tłumaczy przez „spaczenie umysłu“, a nie przez „obłąkanie“, chociaż o wiele odpowiedniejszém jest tłumaczenie podane w Słowniku wyrazów prawniczych i administracyjnych, który wyszedł staraniem i nakładem c. k. Akademii Umiejętności, tłumaczenie: „pomięszanie ogólne i częściowe“. W tymże słowniku i w słowniku pp. Skobla i Kremera „*Dispositionsfähigkeit*“ tłumaczono przez „rozrządzalność,“ „*idiotismus*“ przez „niedołęztwo, głupowatość“ (w słowniku pp. Skobla i Kremera przez „niedołężność, głupotę“). Czyż w obec tego potrzeba jeszcze zmian nowych i czy ciągłe zmienianie wyrazów dobrych, a co ważniejsza w praktyce już utartych, obok postawienia „własnowolności“ na równi z „rozporządliwością“, nie prowadzi do pomięszania, mniejsza o to, czy babylońskiego lub polskiego? Choćbyśmy się dla miléj zgody nie uparli przy zarzutach co do wyrazów: „rozporządliwość“ i „wyobraźnia“, jakkolwiek ostatni nietylko w mowie potocznéj oznacza „fantazyję“ (porówn. słownik pp. Skobla i Kremera), to żadną miarą zgodzić się nie możemy na wyrazy „podniecenie szalone“, choćby się równie źle mówiło „mowa szalona lub ruch szalony“, a dziwimy się, że szan. Wydawca nie przyznaje, że odpowiedniejszemi są wyrażenia „podniecenie szałowe“. Również sądzimy, że nie słusznêm jest posądzenie o doktrynerstwo, jeżeli się „domaga wszędzie bezwarunkowéj konsekwencyi w nomenklaturze tak zawikłanéj, jaką jest dotychczas psychijatryczna“; bez ścisłéj konsekwencyi bowiem nigdzie, a têm samêm i w słownictwie, ładu nie zaprowadzimy. Ale mniejsza o konsekwencyję i doktrynerstwo, powtarzamy pytanie: czy zachodziła tak ważna potrzeba zmienienia utartych już wyrażeń „pomięszanie częściowe“ na „obłąkanie częściowe“, i czy jest choćby warunkowa w têm konsekwencyja, jeżeli o człowieku, który przebył „obłąkanie ogólne“ a popadł w chorobę nierównie gorszą, nieuleczalną, jeżelibyśmy o tym człowieku mówili, że obecnie cierpi na „obłąkanie częściowe“? Otóż przeciw temu nowatorstwu językowemu podnieśliśmy głos oddawszy poprzednio należyte uznanie staranności i poprawności wydania. Po téj poprawności i staranności poznaliśmy szan. wydawcę, przypuszczając, że przez wzgląd na autora nie zmienił kilku wyrażeń nieodpowiednich, które jednak, jak wyraźnie dodaliśmy, nie czynią ujmy całości dzieła. Być może, że zapatrywania nasze były mylne, jednak nie żałujemy polemiki przez nie wywołanéj, skoro ona, daleką będąc od wszelkich wycieczek osobistych, posłużyć może do usunięcia pewnych wątpliwości w słownictwie naszém lekarskiém, na czém wyłącznie jednéj i drugiéj stronie zależy.

Prof. Blumenstok.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. Ospa nie zmieniła się w Londynie. Umarło 4, leczy się w szpitalach 45, zapadło świeżo 4. W innych miastach umarło więcéj, w Paryżu 20, w Petersburgu 9, w Bukareszcie 6, w Budapeszcie 3. Z duru osutkowego umarło w Londynie 2, w Wiedniu, Petersburgu, Warszawie i Bukareszcie po 1. Płonica rozszerzyła się więcéj w Bukareszcie bo umarło 30 osób.

W tygodniu 41 umarło w Krakowie 6 osób z chorób zakaźnych: 3 z ospy nieszczepione (w ul. Łobzowskiéj L. 100, w ulicy Zwierzynieckiéj L. 30 i w ul. Kanonnéj L. 128); 1 z płonicy; 2 z dławca (na Podbrzeziu L. 109), a doniesiono: o 8 przypadkach ospy (1 z ul. Krzyżowéj L. 39, 1 z ul. Dolnych Młynów L. 29, z ul. Długiéj L. 2 z pod L. 43 i 1 z pod L. 1, z ul. Grodzkiéj L. 55 i 1 z ul Łobzowskiéj L. 100); 3 płonicy (1 z ul. Straszewskiego L. 11, 1 ze szpitala 1 z ul. Siennéj L. 465); 7 duru brzusznego (1 z ul. Brackiéj L. 157, 3 z ul. Floryjańskiéj L. 349, 1 z ul. św. Rocha L. 461, 1 z ul. Karmelickiéj L. 161, 1 ze szpitala św. Łazarza); 1 czerwonki (z ul. Szerokiéj L. 237).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 40 umarło w Krakowie na rok i 1.000 mieszkańców 23,0; we Lwowie 26,8; w Warszawie 23,6; w Poznaniu 31,4; w Wiedniu 24,1; w Budapeszcie 34,2; w Pradze 26,4; w Tryjeście 33,7; w Berlinie 24,3; w Hamburgu 24,6; w Monachijum 35,5; w Wrocławiu 27,0; w Dreznie 20,5; w Lipsku 21,8; w Bazylei 15,8; w Brukseli 23,4; w Paryżu 24,7; w Londynie 19,0; w Chrystyjanii 19,3; w Odesie 43,3; w Bukareszcie 38,5; w Petersburgu 39,6.

J. B.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 16 października. Według zawiadomienia przesłanego nam przez c. k. Namiestnictwo we Lwowie egzamin dla lekarzy rządowych odbędzie się tego roku, jak zwykle, w połowie listopada w Krakowie, dla weterynarzy zaś rządowych we Lwowie.

* D. 11 bm. odbyła się w Wiedniu inauguracyja rektora w auli uniwersyteckiéj w zwykły sposób uroczysty. Nowowybrany rektor prof. Brücke obrał sobie za temat wykładu kwestyję sporną: czy studyja klasyczne, uprawiane w gimnazyjach naszych, są potrzebne dla kandydata poświęcającego się medycynie, lub czy należy przyjmować na wydział lekarski i takich kandydatów, którzy albo żadnéj nie posiadają znajomości języków starożytnych, lub bardzo szczupłą? Szan. rektor uznaje w przemówieniu swém szkoły realne jako niedostateczne do kształcenia wstępnego przyszłych lekarzy i oświadcza się stanowczo za wykształceniem klasyczném a to głównie z powodów moralnych, aby ten który obiera sobie zawód połączony z tak wielką odpowiedzialnością moralną, nie wykonywał go wyłącznie ze stanowiska materyjalnego. Nie wiemy, czy wykład ten, w każdym razie ciekawy i ważny, będzie drukiem ogłoszony, ale pragnęlibyśmy poznać dokładnie zapatrywania znakomitego fizyjologa, zwłaszcza gdy takowe różnią się dość znacznie od zdania wygłoszonego niedawno przez Virchowa na Zjeździe międzynarodowym w Amsterdamie, a któremu to zdaniu również słuszności odmówić nie można. Miałżeby prof. Brücke właśnie dlatego obrać sobie ten sam temat, aby przeciwne swoje zapatrywanie wygłosić? Têm bardziéj byłoby wskazaném ogłoszenie wykładu.

Właśnie otrzymujemy Nr. 42 *W. med. Blatter*, które zamieszczają *in extenso* mowę prof. Brückego; ponieważ jednak druk numeru naszego już się kończy, powrócimy do tego wykładu w numerze przyszłym.

* Dr. medycyny książe Teodor bawarski ogłosił w archiwie Graefego rozprawę pt. „*Beiträge zur Anatomie u. Physiologie des Glaskörpers*“. Nie jest to pierwsza praca księcia-doktora, który, jak Czytelnicy nasi sobią przypomną, brał żywy udział w Zjeździe lekarzy i przyrodników niem. w Monachijum.

* Redakcyja „Wędrowca“ w Warszawie uprasza nas o zawiadomienie tych kolegów, którzy są współpracownikami Słownika jeograficznego polskiego, że w d. 15 listopada rb. pierwsze litery alfabetu oddane zostaną do druku i że 1 zeszyt słownika wyjdzie z pewnością w pierwszych dniach stycznia 1880 roku.

* **Mianowania i odznaczenia**. Docent prywatny w Berlinie Dr. Gad mianowany został asystentem w zakładzie fizyjologicznym prof. Ficka w Würzburgu. — Dr. Bernard Körber

mianowany prof. medycyny rządowéj w Dorpacie. — Rada sanitarna dolno-austryjacka jednogłośnie przedstawiła docenta Dra Jana Chiarego na prosektora w szpitalu Rudolfa we Wiedniu (po prof. Klobie). — Docent Dr. Hüttenbrenner mianowany został lekarzem ordynującym w nowo zbudowanym szpitalu dla dzieci w obwodzie IX m. Wiednia. — Dr. Riedl, były asystent prof. Spätha we Wiedniu, mianowany został lekarzem przybocznym Arcyksiężniczki Krystyny, przyszłéj królowéj hiszpańskiéj.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł d. 2 bm. Dr. Devergie (nie wiemy jeszcze który).

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 15: Dr. R. Róża pełzająca po całém ciele; *Medycyny* Nr. 41 nie otrzymaliśmy.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Środę dnia 22 b. m. o godz. 5 popol. posiedzenie, na którém: 1) odczytaną zostanie wiadomość o limanach Odeskich podana przez Dra Sakowicza, 2) Dr. Lutostański oceni wartość borowiny i soli Morszyńskiéj, 3) Przewodniczący poruszy sprawę stosunku lekarzy zdrojowych do lekarzy domowych.

Sprostowanie. Na str. 479, szpalta 1, wiersz 3 od góry, zamiast treatement ma być treatment, wiersz 10 zamiast Guthie ma być Guthrie, wiersz 30 zamiast Brininghausen ma być Brüninghausen, szpalta 2, wiersz 4 zamiast Aewre ma być Oewre.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.